



**Un dialogue  
politique  
sur les inégalités  
sociales de santé**

**Christian De Bock**

## Initiatives

# Un peu d'animation, cela fait du bien !

Alain Douiller à Bruxelles le 29 octobre 2013

Bernadette Taeymans, Directrice de Question Santé et Christian De Bock

Après Dominique Maricq en 2009, Bernard Goudet en 2010 et Patrick Peretti-Watel en 2011, *Éducation Santé* accueillera cette année Alain Douiller à l'occasion de la récente parution de son ouvrage (écrit à plusieurs mains) '25 techniques d'animation pour promouvoir la santé'<sup>1</sup>.

Le mardi 29 octobre prochain, **Alain Douiller** sera donc parmi nous pour une journée en deux temps qui promet d'être passionnante. Directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé du Vaucluse, situé à Avignon ([www.codes84.fr](http://www.codes84.fr)), il développe des projets, forme des acteurs et anime des groupes en promotion de la santé depuis plus de 20 ans.

De 1998 à 2002, il a été rédacteur en chef de la revue du Comité français d'éducation pour la santé (maintenant INPES), *La Santé de l'Homme*. En 2006, il a cosigné le guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé « Écrire en santé publique » publié par la Société française de santé publique. Il vient de sortir cette année avec **Claire Belisle** et une vingtaine de professionnels de l'éducation pour la santé de la Région

Provence Côte d'Azur 'Photolangage jeunes et alimentation – Pour penser ce que manger veut dire' chez Chronique sociale.

Les partenaires fidèles d'*Éducation Santé* pour cet événement sont l'asbl Question Santé ([www.questionsante.org](http://www.questionsante.org))<sup>2</sup> et le FARES.

<sup>1</sup> Voir l'article d'Anne Le Pennec '25 techniques d'animation pour promouvoir la santé' dans notre numéro de février (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1559>).

<sup>2</sup> Question Santé co-organise ces deux moments de réflexion dans le cadre de ses activités 'santé' et 'éducation permanente' pour la Communauté française et de ses activités 'santé' pour la COCOF de la Région de Bruxelles-Capitale.

## 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé

**Animez un jour une séance de groupe de promotion de la santé : vous comprendrez que l'exercice ne s'improvise pas et remerciez les auteurs de ce guide de vous livrer sur un plateau les clés d'une intervention réussie...**

Le titre n'est peut-être pas très sexy mais il est explicite. De fait, cet ouvrage est avant tout un guide pratique pour les intervenants en promotion de la santé, publié par la jeune maison d'édition *Le Coudrier*, dans sa collection *Outils pour la santé publique*. Son auteur principal, **Alain Douiller**, dirige actuellement le Comité d'éducation pour la santé du Vaucluse.

Ses six complices d'écriture sont également formateurs en éducation et promotion de la santé. « Pour concevoir cet ouvrage », expliquent-ils, « nous avons dans un premier temps recensé toutes les techniques d'animation que nous avons expérimentées, comme animateurs ou participants. Puis nous avons sélectionné celles qui nous sont apparues les plus opérantes et les plus utiles : celles dont

*nous nous servons réellement et que nous nous sentons prêts à recommander. »*

Point d'exhaustivité donc mais le label 'testé et approuvé' pour les 25 techniques retenues (26 en réalité). Chacune fait l'objet d'une fiche détaillée, très concrète, reprenant toujours les mêmes items choisis pour leur intérêt pratique. Rassemblées au cœur du livre, ces pages offrent une vue synthétique, donc précieuse, des outils à disposition, de leur intérêt, de ce qu'on peut en attendre, du public concerné, des moyens et conditions nécessaires au bon déroulement de la séance, des précautions à prendre, etc. Les habitués des séances de promotion de la santé retrouveront certainement de vieilles connaissances, les redécouvriront parfois, tandis que les novices puiseront un tas d'idées pour concevoir leurs

premières interventions. Fidèles à leur souci de faire court et d'être utiles aux intervenants, les auteurs livrent deux tableaux supplémentaires. L'un référence les techniques en fonction des objectifs d'animation poursuivis. L'autre liste les objectifs accessibles à partir de chaque technique.

(extrait de la présentation de l'ouvrage par **Anne Le Pennec** dans *Éducation Santé* 286, février 2013)

*25 techniques d'animation pour promouvoir la santé, Alain Douiller et coll., Éd. Le Coudrier, 2012. 191 pages. Le livre n'est pas facile à trouver en Belgique. Nous en tenons quelques exemplaires à votre disposition au prix de 31,5 euros frais d'envoi compris. Vous pouvez adresser votre commande à [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).*

## Atelier du 29/10 matin (accueil à partir de 9h30)

Un atelier d'une durée d'environ 2 h 30 de 10 h à 12 h 30 autour de la place des actions de proximité et des animations dans le contexte actuel de travail des associations. Ce contexte est caractérisé par une certaine incertitude quant à leurs missions, leurs moyens humains et financiers, leur avenir d'une manière générale. On pourra s'interroger également sur l'évaluation des actions, son utilité, ses pièges aussi... Animation : Question Santé. Rôle de l'invité : Alain Douiller nous proposera un regard en miroir de sa longue expérience de cette question en France. L'inscription est gratuite et indispensable. Une réflexion préalable sera demandée aux participants.

**Si cet atelier vous intéresse, vous pouvez d'ores et déjà vous inscrire par courriel**

adressé à [info@questionsante.org](mailto:info@questionsante.org).

**Ne tardez pas car le nombre de places est limité à 20 personnes.**

## Conférence du 29/10 après-midi (accueil à partir de 14h30)

Dans sa conférence, de 15 h à 16 h 30, Alain Douiller plantera le décor en trois temps :

- présentation de la structure dans laquelle il travaille et de l'organisation de la promotion de la santé en France. Préparez vos mouchoirs : il nous promet quelques larmes en comparant la situation française à celle que nous connaissons pour le moment en Fédération Wallonie-Bruxelles... La comparaison entre un comité départemental et un CLPS devrait être très intéressante !
- le contexte des formations aux techniques d'animation à l'origine de l'ouvrage (dans le cadre d'un pôle de

compétences financé par l'INPES);

■ son investissement personnel dans ce domaine depuis des années, motivé par la faiblesse des publications dans le champ de l'animation en promotion de la santé. Il appuiera son exposé sur quelques rappels théoriques et surtout sur des exemples concrets tirés de son livre.

L'inscription est gratuite et obligatoire.

**Si cette conférence vous intéresse, vous pouvez d'ores et déjà vous inscrire exclusivement par courriel adressé à [info@questionsante.org](mailto:info@questionsante.org). Ne tardez pas, car le nombre de places est limité. Une confirmation de votre inscription vous sera demandée vers la mi-septembre.**

La conférence sera suivie par le verre de l'amitié et une séance de dédicaces.

Ces deux activités auront lieu dans l'auditorium du FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

# Développer l'esprit critique des jeunes vis-à-vis de l'influence des publicités sur leur santé : pourquoi et comment ?

Marie-Ève Huteau, Isabelle Deumié, Cathy Nguyen, Hélène Sancho-Garnier, Jean-Christophe Azorin,

Anne Stoebner-Delbarre, Épidaure, Pôle Prévention de l'Institut Régional du Cancer Montpellier – Val d'Aurelle,

Nathalie Blanc, Julien Bouy, Julien Vidal, Epsilon, EA Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé, Montpellier

**Les jeunes sont une cible marketing privilégiée des industriels, notamment pour des produits peu recommandés pour leur santé. Développer leur esprit critique vis-à-vis des publicités est donc un enjeu de santé publique. Pour autant, très peu d'outils d'éducation pour la santé sont développés sur ce sujet. Dans une étude récente visant à mieux connaître les stratégies marketing adressées aux jeunes, notre objectif était de déterminer les éléments à prendre en compte afin de réaliser un outil capable de développer leur esprit critique face à la publicité. Dans cet article nous présentons les principaux résultats de cette étude.**

## Pourquoi développer l'esprit critique des jeunes quant à l'impact des publicités sur leur santé ?

Les Industries (agroalimentaire, multimédia, alcool et tabac) n'hésitent pas à utiliser des stratégies variées pour transformer leurs cibles marketing que sont les enfants et les adolescents en prescripteurs d'achat. Pour atteindre leur but, les marques s'efforcent notamment de décoder les styles et effets de mode les plus efficaces pour vendre leurs produits aux

jeunes consommateurs. Les publicitaires développent ainsi des stratégies de persuasion très habiles qui s'appuient sur des mécanismes affectifs et cognitifs (plaisir, contrôle, éveil, sympathie, sérieux, fantaisie, humour) [1-2-3].

Souvent, des moyens détournés sont utilisés pour tenter de faire adhérer une partie de la population à un mode de vie et de l'associer à un produit ou à une marque [4]. À titre d'exemple, les industries du tabac et de l'alcool utilisent des techniques de placement de produits dans les films

destinés aux jeunes, les associent à leurs stars préférées, ou encore font la promotion d'un effet mode ou collector (paquets collector, produits aromatisés, boissons de type premix...) [5-6-7]. Le rôle de la publicité dans les choix alimentaires des jeunes est aujourd'hui clairement démontré.

Un rapport britannique [8] a analysé une centaine d'études sur la publicité alimentaire destinée aux enfants. Il montre que celle-ci a un effet sur les enfants, en particulier dans les domaines des préférences alimentaires, des comportements d'achat et de

consommation. Plus récemment, un rapport américain [9] insiste sur la forte influence des spots télévisés sur les comportements alimentaires des enfants.

En recherchant l'adhésion des enfants et des adolescents aux idéaux proposés, les marques tentent de les placer en position de prescripteurs d'achat, ce que les professionnels du marketing appellent désormais le « Pester Power » [10]. Ce pouvoir de prescription, c'est-à-dire, d'influence sur les choix d'achat de la famille intéresse particulièrement les industriels et les professionnels du marketing et ce, d'autant plus que l'enfant est un agent économique à part entière. Il influence le budget familial en sollicitant ses parents ou en utilisant son propre argent de poche. D'après de récentes estimations, l'argent de poche représente à lui seul une enveloppe d'un potentiel d'achat compris entre 1,5 et 3 milliards d'euros par an en France [11] ! Ainsi, le marché de la publicité à destination des enfants représente un véritable enjeu pour les annonceurs. La télévision reste le média par excellence auquel le jeune enfant est le plus exposé. Même si plus tard, l'adolescent multiplie les expériences médiatiques, la place de la télévision n'en demeure pas moins importante [12]. La publicité ne peut être distinguée de la télévision. Elle en fait partie intégrante. C'est elle qui la finance. Chaque année, quelques 50 000 spots spécifiquement « ciblés jeunes » sont diffusés sur les chaînes françaises au cours des émissions qui leur sont destinées. Ce matraquage publicitaire est repris sur les affiches apposées sur le mobilier urbain, dans la presse jeunesse, à la radio, au cinéma, sur internet et même sur les téléphones portables. Au regard de ces différents éléments, il semble important de développer l'esprit critique des enfants et des jeunes face aux influences publicitaires. Véritable enjeu éducatif [13], ce travail reste pourtant une exception, surtout en milieu scolaire [14].

## Comment développer l'esprit critique des jeunes vis-à-vis des publicités ?

En nous basant sur les recommandations en éducation à la santé en milieu scolaire, nous avons choisi de développer

un outil ludo-éducatif [15] intitulé « Mitraillage publicitaire ». Pour ce faire, une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de la santé (médecins, animateurs en prévention, spécialistes en éducation pour la santé), de chercheurs en psychologie sociale et cognitive, de spécialistes en communication et marketing et d'enseignants a réalisé une revue de la littérature à partir de laquelle un travail d'enquêtes approfondies a été mené auprès de 255 enfants et jeunes de 8 à 25 ans. Cette étude nous a permis d'identifier les éléments à prendre en compte pour élaborer un outil dont l'objectif est de développer l'esprit critique des jeunes vis-à-vis des publicités. Les résultats sont présentés ci-après.

**En recherchant l'adhésion des enfants et des adolescents aux idéaux proposés, les marques tentent de les placer en position de prescripteurs d'achat.**

## Prendre en compte les techniques susceptibles d'attirer l'attention des enfants sur les messages publicitaires

Pour faire comprendre aux jeunes quelles sont les techniques des publicitaires, il est important de les aider à repérer les méthodes de manipulation utilisées pour leur plaire et favoriser la mémorisation des marques.

Une étude menée en 2010 [16] a répertorié les principales techniques susceptibles d'attirer l'attention des enfants sur les messages publicitaires. Ces techniques sont réparties selon les quatre dimensions suivantes :

- la dimension affective et identitaire qui mise sur l'importance d'appartenir à un groupe ou d'adhérer à une représentation (présence visuelle d'un personnage issu de la marque, d'une vedette, d'un animal ou d'un élément animé particulier,

présence d'un ou plusieurs enfant(s) et/ou parents, etc.) ;

- l'écoute attentive qui attire l'attention et optimise l'écoute (présence ou absence de musique, slogan, durée du message publicitaire, prime à l'achat, etc.) ;
- la charge émotive qui repose sur des émotions agréables que la publicité suscite ou encore sur le spectacle qu'elle offre (intrigue publicitaire, utilisation de l'humour et d'éléments de spectacle visuel, etc.) ;
- la dimension esthétique ou signalétique qui permettent d'identifier rapidement le produit ou la marque (utilisation de couleurs, présentation visuelle du produit et de l'emballage, présentation auditive du produit ou de la marque, etc.).

Par exemple, une première enquête réalisée auprès de 140 jeunes âgés de plus de 10 ans nous a permis de constater que les publicités préférées des jeunes étaient celles qui utilisaient l'humour, particulièrement efficace, ou celles faites pour une marque déjà appréciée et reconnue comme étant « à la mode ».

## Identifier les valeurs publicitaires spécifiques utilisées pour les jeunes

Les publicitaires utilisent des leviers spécifiques pour capter l'attention des jeunes. Ils reposent sur des valeurs importantes à leurs yeux ou tiennent compte de leurs aspirations. Les principales valeurs identifiées sont : la nouveauté, l'originalité, le luxe, le confort de vie sociale, l'image (« être cool, à la mode »), l'interdit, la rébellion, la liberté, l'évasion, l'exotisme, le bonheur, la convivialité, la famille, la tendresse, l'affection, la fidélité, la confiance, le symbole, le rêve, l'authenticité, la simplicité, la superpuissance, le héros, l'humour, la séduction, la sensualité, le plaisir, le dynamisme, la vitalité, la santé et la sécurité.

Parmi les différentes publicités destinées aux jeunes, il est possible de choisir celles qui utilisent ces leviers. En s'appuyant sur 3 ou 4 extraits de publicités sélectionnées préalablement, l'activité pédagogique a pour objectif de permettre aux jeunes d'apprendre à les identifier et par la suite de les repérer plus facilement.

## Cibler les supports publicitaires spécifiques pour les enfants et les jeunes pour rendre compte de leur diversité

Les industriels utilisent plusieurs supports publicitaires pour faire connaître leurs marques et leurs produits. Il peut s'agir de la télévision, de la radio, du cinéma (avec placement de produits), de l'affichage sur le mobilier urbain, d'objets publicitaires divers, d'Internet et des réseaux sociaux, de la téléphonie mobile, de la presse écrite (les magazines, les journaux), ou encore de prospectus.

Compte tenu de l'évolution de la technologie, la littérature actuelle recommande de porter une attention particulière aux supports suivants : la téléphonie mobile, Internet et les réseaux sociaux. Dans notre enquête, la télévision reste cependant le support publicitaire signalé comme étant le plus attractif. Pour réaliser un outil éducatif ouvert à toutes les stratégies possibles, il convient d'utiliser des exemples provenant de divers supports. Ceci est d'autant plus important qu'il peut exister des limitations ou des interdictions de publicités selon les supports (par exemple : l'interdiction et/ou la restriction de la publicité pour l'alcool ou le tabac<sup>1</sup>).

### Tenir compte du cadre juridique lié à la diffusion de publicité

L'aspect juridique est un élément très important dont il faut tenir compte lors de la construction d'un outil sur les publicités. En France par exemple, la PROCIREP (Société civile des producteurs de cinéma et de télévision) veille à la diffusion des œuvres audiovisuelles qui nécessitent d'obtenir l'autorisation des ayants droit. Il est cependant autorisé de diffuser des extraits librement (art L.211-3 du Code de la Propriété Intellectuelle) s'ils sont très courts et accessoires. Ces données législatives ne sont valables que dans le cadre de la recherche ou de l'enseignement.

### Proposer une version « socio-écologique » de l'outil

Pour optimiser le transfert à la vie réelle des connaissances et compétences



Photo © Fotolia

appries par les jeunes à partir de l'outil pédagogique, il est recommandé d'utiliser une approche dite « socio-écologique ». Autrement dit, il s'agit de construire un outil qui soit le plus proche possible de la vie quotidienne des jeunes.

Pour un outil dont la vocation est d'éduquer les enfants à l'influence publicitaire, il est possible de sélectionner des extraits de publicités récentes et actuelles. Parce que les publicités évoluent très rapidement, des actualisations sont nécessaires pour tenir compte des saisons et des événements (par exemple : Noël, fête des mères, rentrée scolaire...). Cette nécessité de mise à jour régulière de l'outil quant à son contenu (les extraits choisis) requiert de le concevoir avec une structure souple et facile à réactualiser. Pour optimiser l'adéquation entre l'outil et les jeunes auxquels il est destiné, il est par ailleurs recommandé de les faire participer à sa création. Par exemple, ils peuvent être sollicités et impliqués dans la phase de sélection des publicités qui seront par la suite intégrées à l'outil.

### Adapter l'outil au milieu scolaire

Pour optimiser l'utilisation d'un outil « en routine » dans les établissements scolaires, il est indispensable de veiller à la faisabilité de son utilisation dans le cadre scolaire et donc de tenir compte de plusieurs facteurs comme : le nombre de participants (groupe classe ou demi-classe), la durée, le matériel

utilisé. Il est également nécessaire que l'animation pédagogique puisse être assurée par les enseignants dans le cadre de leurs compétences et de leurs champs disciplinaires respectifs.

Il est conseillé que cet outil puisse s'intégrer aux programmes scolaires. Par exemple, en France, l'outil s'inscrit dans 4 des 7 piliers du socle commun de connaissances et de compétences que tout élève doit savoir et maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire : la maîtrise de la langue française, les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique, les compétences sociales et civiques, l'autonomie et l'initiative.

### Renforcer l'éducation à la santé par l'éducation à la consommation et à la citoyenneté

Un outil qui traite des publicités devrait permettre de faire le lien entre la société, la consommation et les comportements de santé. L'enjeu est triple puisqu'il s'agit d'éduquer à la consommation, à la citoyenneté et à la santé. L'étude que nous avons menée a permis de constater que les enfants et les adolescents sont capables de décrypter les enjeux publicitaires et de citer leurs influences sur les comportements d'achat. Par contre, ils ont des difficultés pour établir une relation entre leurs comportements d'achat et leur santé. Parce que ce lien décisif entre la publicité et la santé reste difficile à faire, il constitue un

<sup>1</sup> Code de la santé publique, art. L. 3323-2 et s. et R. 3323-1 (modifié par l'ordonnance n°2010-18 du 7 janvier 2010 - art. 3) et art. L. 3511-3 et s. (modifié par la loi n°2010-1658 du 29 décembre 2010 - art. 73 (V))

enjeu majeur dans la conception de l'outil et son animation.

## En bref...

Cette étude a permis d'identifier les éléments à prendre en compte lors de l'élaboration d'un outil visant à aider les jeunes à repérer les stratégies marketing et à comprendre l'effet de la publicité sur leurs comportements d'achat. Afin de développer encore davantage l'esprit analytique et critique des jeunes vis-à-vis de l'influence publicitaire, les relations entre l'éducation à la citoyenneté, à la consommation et à la santé méritent d'être renforcées.

## Références bibliographiques

- [1] Brown S. P., Homer P. M. et Inman, J. A meta-analysis of relationships between ad-evoked feelings and advertising responses, *Journal of Marketing Research*, 1998, 35, 114-126.
- [2] De Barnier V., Le rôle des émotions sur l'attitude envers la marque (Ab) : pour une médiation totale de l'attitude envers le message (Aad), *Recherches et Applications Marketing*, 2002, 17, 3, 81-99.
- [3] Blanc, N., & Daudon, C. L'humour, une stratégie de communication efficace en publicité ? In N. Blanc & J. Vidal (Éds.), *Publicité et psychologie* 2009, p. 71-106. Paris : Éditions InPress.
- [4] Marcotte J.F. Le marketing social et la manipulation des comportements, *Esprit critique*, vol.02, no.09, Septembre 2000.
- [5] Pierce J.P, Choi Won S, Gilpin E.A, et al. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA*. 1998 ;279(7) :511-515
- [6] Snyder L.B, Fleming Milici F, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 ; 160 :18-24
- [7] Shifrin D.L, Brown A, Dreyer B.P, Ginsburg K.R, Milteer R.M, Nelson K.G, Ann Mulligan D. Children, Adolescents, and advertising. *American Academy of Pediatrics* 2006 ; 118 ; 2563-2569.
- [8] Hastings G, et al. Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency. 2003.
- [9] Institute of Medicine. Food marketing to children and youth : threat or opportunity ? The national Academy Press, Washington DC 2006, [www.nap.edu](http://www.nap.edu)
- [10] Vandercammen M., L'enfant prescripteur. Comment les marques utilisent le marketing générationnel. CRIOC. Mars 2005.16 p.
- [11] Bernes C., Loisel JP. Vulnérabilité et responsabilité des jeunes en matière de consommation. *Éléments d'analyse et de réflexion pour l'éducation à la consommation*. INC Hebdo, n° 1393 ; 3-9 juillet 2006
- [12] Dagnaud M. Enfants, consommation et publicité télévisée. Collection Les études de La documentation française, 2007, 108 p
- [13] Pechmann C et L. Wang. Effects of Indirectly and Directly Competing Reference Group Messages and Persuasion Knowledge : Implications for Educational Placements, *Journal of Marketing Research*, 2010, february, 134-145.
- [14] Rodhain A. « Essai de compréhension de la relation entre l'enfant et la marque dans le contexte scolaire ». Thèse : Université Montpellier II Sciences et Techniques du Languedoc, 2003
- [15] Musset M., Thibert R. Quelles relations entre jeu et apprentissages à l'école ? Une question renouvelée. Dossier d'actualité de la VST, n° 48 – Octobre 2009.
- [16] Laperrière JP., Renaud L., Des Rivières-Pigeon C. « 3.3 Les stratégies qui plaisent aux jeunes : une présence accrue sur les chaînes jeunesse » in Lise Renaud (dir.). *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Coll. « Santé et société », Québec, Presses de l'Université ? du Québec, 2010, p. 163-172.

# L'implication des parties prenantes

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

**La raison d'être du KCE est de contribuer à l'organisation et au financement de soins de santé de qualité, rationnels et efficaces à travers la production de rapports, d'évaluations et de recommandations de bonnes pratiques qui soient scientifiquement fondées, et 'evidence-based' chaque fois que c'est possible.**

Mais la meilleure méthodologie, la démarche scientifique la plus élaborée, l'évidence la plus convaincante seront sans effet si elles aboutissent à un résultat qui ne tient pas compte de la réalité du terrain. Exactement comme la plus vigoureuse des plantes ne poussera pas si ses racines ne plongent pas

dans le terreau auquel on la destine. C'est pour cette raison que le KCE souhaite évoluer vers une implication croissante des stakeholders, c'est-à-dire des parties prenantes directement concernées par son travail. « *Si nous voulons obtenir un impact* », souligne **Raf Mertens**, directeur

général du KCE, « *il faut que notre produit s'articule avec les attentes des stakeholders, qu'il tienne compte de la manière dont on conçoit les problèmes sur le terrain et des réponses qui y sont attendues, qui sont souvent différentes des nôtres parce que nous partons de paradigmes différents.* »

## Faire évoluer les esprits

En réalité, le KCE implique déjà depuis longtemps les parties prenantes dans ses études, puisque chacune d'entre elles doit recevoir l'aval de son conseil d'administration, lui-même représentatif des principaux acteurs de notre système de santé belge. Mais cette représentation, pour savamment équilibrée qu'elle soit, reste générale et ne porte pas sur les aspects spécifiques des questions abordées dans les différentes études. Par ailleurs, chaque étude fait l'objet d'une ou plusieurs consultations d'experts externes qui sont eux-mêmes souvent en position de stakeholder.

Il arrive également que des groupements professionnels soient invités à participer à certaines études. Exemple : la consultation d'un groupe de gynécologues et de sages-femmes lors de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accouchement normal.

Mais pour un organisme qui place l'indépendance et l'impartialité au sommet de ses valeurs, il pourrait paraître contradictoire d'ouvrir systématiquement sa réflexion à d'autres intervenants, forcément porteurs d'intérêts particuliers. Il fallait donc faire évoluer les esprits – tant parmi les parties prenantes que parmi les experts du KCE eux-mêmes – et affiner les méthodes de prise en compte des parties prenantes.

Le KCE a donc mis à son agenda une étude approfondie des méthodes, enjeux, bonnes pratiques et facteurs de succès d'une implication plus systématique des parties prenantes. Cette réflexion a impliqué l'ensemble des chercheurs du KCE, à travers des groupes focalisés, pour identifier les méthodologies à utiliser, mais aussi pour explorer leurs réticences et recueillir leurs suggestions. Le tout menant à un rapport publié début 2012, intitulé 'Le stakeholder involvement dans les processus du KCE'. « *Nous avons fait du 'stakeholder involvement' au sein même du processus de notre étude sur ce sujet* », explique **Christian Léonard**, directeur général adjoint au KCE et coauteur dudit rapport. « *Cela signifie que nous voulons que l'ensemble de nos experts se reconnaissent dans cette approche, c'est-à-dire qu'ils soient d'accord*



Photo © Fotolia

*sur le principe et compétents dans les procédures. Ce travail a été complété par des fiches techniques qui nous permettront de travailler de manière systématique et robuste sur le plan scientifique (voir l'encadré en page 10). »*

## Cinq objectifs stratégiques

Une des premières conséquences de ce travail méthodologique au sein du KCE a été de définir des objectifs clairs : pourquoi impliquer les parties prenantes ? Quel résultat veut-on obtenir ? Car il ne suffit pas de les inviter à participer à l'une ou l'autre réunion ; il faut que les règles du jeu soient claires, de même que les résultats attendus de chaque étape du processus. Cela implique de recourir à des méthodes de concertation différentes, selon des calendriers précis, en fonction de l'objectif poursuivi. Voici ces objectifs.

### Rendre le sujet tangible

Les experts du KCE maîtrisent parfaitement les méthodologies qu'ils mettent en œuvre, mais les domaines dans lesquels ils sont amenés à investiguer sont fort variés. Avant de s'embarquer dans un projet, il leur est donc indispensable de se familiariser avec le sujet, de percevoir la réalité de terrain telle qu'elle est vécue par les patients et/ou les prestataires. C'est ainsi que l'expert qui va rendre visite à un patient sous oxygène à domicile aura de cette modalité thérapeutique une vision beaucoup plus concrète. De même

que pour toutes les études de 'health technology assessment', son analyse gagnera en pertinence s'il se rend sur place afin de mieux comprendre comment le clinicien pratique un cathétérisme cardiaque, ou comment fonctionne un nouvel implant, au-delà de ce qu'en disent les prospectus du fabricant. Ces contacts permettront aussi une identification plus réaliste des coûts et des effets à prendre en compte pour la conception de modèles coût-efficacité.

### Fixer la portée exacte des questions auxquelles on veut répondre

Pour que l'étude apporte une valeur ajoutée, il faut être certain qu'elle porte bien sur les questions les plus pertinentes : s'attaque-t-on au bon problème, met-on vraiment le doigt là où le bât blesse ? Il est utile, voire indispensable, de consulter les parties prenantes pour bien saisir les enjeux des problèmes abordés, pour creuser les motivations profondes et les éventuelles résistances et bien sûr pour identifier les implications financières. Mais approcher ces questions de manière transparente et participative, en concertation franche avec les acteurs de terrain, aidera aussi à donner aux résultats finaux une meilleure assise. Un exemple récent, cité par Christian Léonard, concerne le dépistage du cancer du sein : « *Une concertation de type Delphi nous a permis de cerner les questions les plus 'brûlantes', et d'évacuer celles sur lesquelles tout le monde était d'accord depuis longtemps* ».

## Créer l'adhésion autour du projet de recherche

Les méthodologies que le KCE met en œuvre dans ses recherches sont éprouvées et bien maîtrisées par les experts internes. Mais pour autant, tous les stakeholders appelés à participer à un projet sont-ils bien informés et d'accord sur la manière dont l'étude va être menée ? Mieux vaut tirer cette question au clair avant de débiter, au risque, sinon, de voir les parties prenantes remettre les résultats en question au terme de tout le processus. Est-on, par exemple, d'accord sur l'échantillonnage d'une enquête planifiée et sur la formulation des questions qui seront posées, ou encore, peut-on se rallier au choix des bases de données qui seront analysées ? Il est également essentiel de bien vérifier que tous les stakeholders, qu'ils soient directement ou indirectement concernés, ont été inclus dans ce tour de piste. Cette identification des parties prenantes répond également à des méthodologies précises. Le KCE dispose déjà d'une solide base de données des parties prenantes, mais ce travail de longue haleine doit encore et toujours être amélioré.

## Viser des résultats clairs et des recommandations réalistes

Veiller à ce que le produit final des études soit réaliste et acceptable sur le terrain, c'est le travail essentiel du conseil d'administration du KCE. Mais cela ne suffit pas. C'est en impliquant les parties prenantes de la conception jusqu'à l'aboutissement de l'étude que l'on rend possible la prise en compte de leurs différents points de vue et l'articulation de ceux-ci avec les résultats et recommandations propres du KCE. La consultation des parties prenantes permet également de veiller à ce que les recommandations émises soient réalistes en termes de faisabilité, si pas de manière immédiate, au moins dans le long terme. Ainsi par exemple, les médecins généralistes ont participé à l'élaboration de recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du *burn-out* qui touche les membres de leur profession.

## Trouver des canaux de communications et des relais efficaces

La dissémination des résultats reste la dernière étape de chaque publication, mais non la moindre. Car que vaut la meilleure étude si elle reste au fond des tiroirs ? En établissant dès le départ un partenariat ouvert et transparent avec les parties prenantes, on accroît les chances que celles-ci s'approprient le travail final et s'en fassent les avocats sur le terrain. C'est parfois même littéralement dans le choix des mots employés que cela se joue, comme dans l'exemple déjà cité des recommandations de bonnes pratiques de l'accouchement normal, où des sages-femmes ont été conviées à participer à la rédaction d'une version en langage 'grand public', accessible à toutes les femmes enceintes quel que soit leur niveau d'éducation.

## Apprentissage mutuel

Ces cinq objectifs opérationnels sont également une traduction des valeurs fondamentales qui sous-tendent l'esprit de travail au sein du KCE, à savoir le respect, la transparence, l'objectivité, la modestie et la curiosité. En effet, impliquer dans le travail d'une recherche ceux qui seront les premiers concernés par son résultat relève du respect le plus élémentaire. Qu'il s'agisse d'experts professionnels ou de patients – experts d'expérience – on part du point de vue selon lequel leur savoir pourra toujours compléter de manière utile celui du chercheur du KCE. Ce respect des opinions exprimées par les parties prenantes ne veut pas dire pour autant que celles-ci seront nécessairement mises en balance avec les évidences recueillies dans la littérature scientifique internationale. Il s'agit là d'une règle du jeu intangible qui doit être très explicitement signifiée et argumentée dès le départ à tous les participants.

Les parties prenantes ont par définition des liens d'intérêt avec le sujet sur lequel le KCE les consulte. Cela risque-t-il de déformer ou d'infléchir les conclusions d'un rapport ? Non si les questions à propos desquelles elles sont consultées restent bien délimitées aux cinq objectifs énumérés ci-dessus et si la transparence et l'objectivité restent des valeurs cardinales dans le travail

mené avec elles. Cela signifie que, chaque fois que c'est possible, les diverses opinions seront entendues, prises en compte et restituées dans le rapport final sans filtrage ni interprétation subjective. Le cas échéant, les controverses seront mises à plat. Mais les parties prenantes doivent également comprendre que le rôle des experts du KCE est de prendre de la distance par rapport à ces préférences exprimées, de les articuler avec les évidences existantes, et de tirer leurs conclusions en toute objectivité. À côté des parties prenantes, le KCE continue à consulter des experts externes au sujet des questions purement scientifiques liées à ses études. Bien sûr, ces derniers sont aussi souvent de facto des stakeholders. La question des conflits d'intérêts se profile dès lors aussi en toile de fond de ces discussions, et ce d'une manière tout à fait différente de celle des discussions avec les parties prenantes interrogées en tant que telles. Sur ce point, le KCE reste serein, car sa position est clairement définie depuis longtemps, comme l'explique Raf Mertens : *« Nous savons pertinemment bien que les experts les plus reconnus dans leur domaine sont également ceux qui sont approchés par l'industrie pour être des précurseurs dans la mise en œuvre des innovations. Il est donc évident que l'on n'évitera jamais les conflits d'intérêt ; ils sont omniprésents. C'est pourquoi nous avons choisi, plutôt que de les éviter, de les afficher en toute transparence, dans chaque rapport. Les règles du jeu sont claires pour tout le monde : nous attendons des experts externes qu'ils restent dans leur rôle d'experts et que leurs affirmations soient étayées par des données publiées. »* Enfin, la modestie et la curiosité, deux qualités essentielles pour un chercheur, sont également convoquées. Le KCE ne peut prétendre détenir la réponse définitive à toutes les questions qu'il doit traiter. C'est donc dans un esprit d'ouverture et de transdisciplinarité que chaque chercheur aborde les visions divergentes qu'il rencontre. Ce qui ne peut d'ailleurs que le mener à comprendre de façon plus nuancée les enjeux de ses interlocuteurs.

## Co-construction

Le degré d'implication des parties prenantes peut être très variable selon



les sujets envisagés. Entre simplement informer le stakeholder, écouter ses opinions, discuter avec les différentes parties prenantes séparément, s'engager dans une discussion commune avec tous les stakeholders, et co-construire le projet en véritables partenaires, la gradation est importante.

La co-construction, le degré le plus abouti d'implication, peut être illustrée par l'étude du KCE sur la prévention et la prise en charge du *burn-out* des médecins généralistes. Ainsi, l'habituelle revue systématique de la littérature scientifique et des exemples étrangers a été doublée d'une étude qualitative par entretiens en face à face avec 40 médecins généralistes belges qui avaient vécu ou vivaient un *burn-out*. Ensuite, les pistes d'action identifiées par les chercheurs ont été soumises, via une étude Delphi, à un panel de généralistes actifs sur le terrain, pour tester leur acceptabilité et leur priorité. Sur base de tout cela, des fiches de recommandations ont été élaborées par l'équipe de recherche, et soumises à un panel d'experts et de parties prenantes au cours d'une journée d'atelier de discussion. C'est donc en tenant compte de ces différents apports spécifiques, injectés à chaque étage de cette étude complexe, que la liste des recommandations finales a été formulée. Cette approche en co-construction est particulièrement utile dans les domaines où il y a peu d'évidence et qui sont souvent ceux qui relèvent davantage de choix de société. « *Par exemple* », précise Raf Mertens, « *dire qu'il faut sortir les patients psychiatriques des institutions, c'est typiquement un choix de société, beaucoup plus qu'une recommandation basée sur les preuves selon l'evidence-based medicine. Il ne revient pas au KCE de faire ce genre de choix; ce sont les stakeholders – représentant la société – qui doivent les porter. Ce qui n'empêche pas le KCE de mettre sa méthodologie scientifique au service du débat. C'est ainsi que toute une série de choix de société ou d'organisation des soins (primauté de la première ligne de soins, continuité des soins, organisation des soins autour du patient...) se cristallisent*

*dans notre travail, mais ne pourraient advenir sans l'implication des stakeholders. À nous de mieux développer nos méthodes pour capter cette réalité sociologique dans toute sa richesse et sa complexité. Ensuite se pose la question de savoir comment on fait pour les mettre en œuvre, et là il existe des données scientifiques : on sait par exemple que telle approche fonctionne mieux que telle autre. À ce stade, le KCE peut procéder scientifiquement et mobiliser ses méthodes scientifiques plus classiques ».*

**Impliquer dans le travail d'une recherche ceux qui seront les premiers concernés par son résultat relève du respect le plus élémentaire. Qu'il s'agisse d'experts professionnels ou de patients – experts d'expérience – on part du point de vue selon lequel leur savoir pourra toujours compléter de manière utile celui du chercheur du KCE.**

## Citoyens et patients

Les patients sont des parties prenantes particulières car ils sont les 'destinataires' finaux des soins et ils sont représentés de manière très hétérogène. Ils sont donc très fortement concernés par les études du KCE mais il n'est pas toujours aisé d'identifier les personnes qu'il faut impliquer afin que le 'patient représentatif' puisse faire entendre sa voix.

Une première distinction fondamentale doit être faite entre les patients au sens restreint du terme, et les citoyens-patients, consommateurs potentiels de soins, qui n'ont pas d'intérêts spécifiques, mais qui sont attentifs à l'usage qui est fait des ressources financières collectives, alimentées par leurs cotisations sociales et leurs impôts. Des intérêts parfois diamétralement opposés.

Les patients eux-mêmes peuvent

intervenir à titre individuel ou via des associations de patients. Certaines de ces associations sont très professionnelles, d'autres moins. Étant constituées par des individus personnellement touchés par un problème de santé, leurs attentes sont à la mesure de la souffrance qu'ils vivent, et donc difficiles à rencontrer. Elles peuvent parfois aussi faire l'objet d'une instrumentalisation au profit d'autres intérêts qui les dépassent. La consultation des patients sur les questions relatives à la santé publique et à l'organisation des soins est une idée assez neuve chez nous, quand on compare à ce qui se fait dans les pays voisins. « *Les procédures de consultation des citoyens anglais, français et allemands, même si elles sont très différentes entre elles, sont pour nous des sources d'inspiration. Bien sûr, nous savons que nous n'aurons probablement jamais les moyens de mettre en place des processus aussi complexes. Néanmoins, nous sommes conscients que nous devons, à l'avenir, aller beaucoup plus loin que ce que nous faisons à l'heure actuelle* », reconnaît Raf Mertens. Sans compter que cela exigera des moyens supplémentaires et... du temps. Un temps qui est déjà souvent très minuté dans les plannings d'études. Il faudra en tenir compte.

Le KCE a notamment sondé les attentes et les perceptions des citoyens lors de ses rapports sur les médecines alternatives, ce qui a débouché sur un tableau assez nuancé de la situation. « *Encore une fois* », insiste Christian Léonard, « *il faut bien comprendre que nous n'avons pas demandé aux citoyens s'il fallait rembourser l'homéopathie, car cette décision ne nous appartient pas. Mais nos recommandations ont quand même tenu compte du degré de satisfaction des patients qui disent que les pratiques parallèles leur offrent souvent une écoute riche de leurs plaintes et une prise en charge grâce à laquelle ils se sentent différemment respectés et considérés. Nous n'avons donc pas écrit qu'il fallait les refuser en bloc. En revanche, nous avons émis des précautions relatives à la formation des praticiens et à leur encadrement légal afin de ne pas mettre*

en péril la sécurité des patients. Quant à la question du remboursement, pour une question de cohérence, nous avons déclaré y être défavorables étant donné qu'il n'y a effectivement pas de preuves de leur efficacité qui satisfassent à nos critères scientifiques. »

« La volonté d'impliquer de plus en plus les stakeholders dans les études du KCE relève d'une évolution dans notre culture d'entreprise, dans le sens où nous voulons aussi par là renforcer notre implication sociétale », concluent les deux directeurs. « C'est pour nous une manière de nous mouiller, de ne pas rester dans une tour d'ivoire, ce que l'on a pu nous reprocher au début de notre existence. »

Le KCE évolue donc vers une implication de plus en plus marquée dans les questions de société, évolution qui sera probablement encore renforcée lorsque sera mis en place le futur *Institut* pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé, qui basera lui aussi ses décisions sur les travaux du KCE.

## Du bon usage des méthodes qualitatives

L'implication des parties prenantes n'est pas une méthode de recherche qualitative (MRQ), mais plutôt un but en soi, auquel l'utilisation des MRQ peut contribuer positivement. Le KCE a produit l'an dernier un rapport sur ce sujet. Dans sa première partie, ce rapport explique en quoi la recherche qualitative peut contribuer à comprendre des concepts tels que la 'santé', la 'maladie' ou encore les 'soins de santé efficaces'. La seconde partie, plus pratique, décrit quelques méthodes régulièrement utilisées au KCE : entretiens individuels semi-structurés, groupes focalisés, l'observation directe et la méthode Delphi (méthode de consultation d'experts).

Chacune de ces méthodes est décrite en termes de : définition, pertinence d'utilisation, forces et faiblesses, planning, modalité de collecte de données, échantillon, ressources humaines nécessaires, aspects pratiques, analyse, rapportage des résultats, critères de qualité, exemples de rapports du KCE utilisant cette méthode.

*Kohn L, Christiaens W. L'utilisation des méthodes qualitatives dans les études du KCE. Method. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012. KCE Report 187B. D/2012/10.273/67. Ce document est disponible en anglais en téléchargement sur le site du KCE.*

*Ce texte est extrait du Rapport annuel 2011 du KCE et reproduit avec son aimable autorisation.*

*KCE, Bd du jardin botanique 55, 1000 Bruxelles. Courriel : [info@kce.fgov.be](mailto:info@kce.fgov.be). Internet : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)*

## Réflexions

# Du masculin singulier au masculin pluriel

**Bruno Marchand**, Directeur général, et **Pascale Dupuis**, Coordonnatrice de la recherche et du développement, Association québécoise de prévention du suicide ([www.aqps.info](http://www.aqps.info))

**Le suicide est un problème essentiellement masculin. Au Québec, année après année, au moins trois quarts des suicides sont commis par des hommes. C'est un phénomène que l'on retrouve dans la grande majorité des sociétés occidentales, notamment en Belgique où les chiffres sont du même ordre de grandeur. Se préoccuper du suicide, c'est donc surtout se préoccuper du suicide des hommes. La prévention ne peut se faire sans tenir compte de cette réalité<sup>1</sup>.**

### Le suicide des hommes au Québec

Chaque jour, au Québec, 2 à 3 hommes s'enlèvent la vie. Le suicide est responsable de 3 % des décès masculins. En 2009, 881 suicides d'hommes ont été déplorés, soit un taux de 22,6 pour 100 000. C'est entre 35 et 49 ans que les hommes sont les plus susceptibles de s'enlever la vie. Les 50-64 ans constituent

le deuxième groupe, suivi par les jeunes de 20 à 34 ans. Au Québec, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des autres pays industrialisés, les aînés de 65 ans et plus connaissent des taux plus bas que la moyenne et les jeunes de 15 à 19 ans constituent le groupe le moins touché. Ces données masculines suivent, ou plutôt mènent, celles de la population générale.

### Portrait de la situation belge

En Belgique, 1453 hommes se sont enlevés la vie en 2008, pour un taux de 27,69 pour 100 000. Ce sont quatre hommes par jour en moyenne. En termes de nombre, les plus concernés sont les hommes de 35 à 60 ans. Si l'on considère le taux, soit le nombre de suicides pour 100 000 personnes, on constate, particulièrement chez les hommes, une augmentation des suicides à

<sup>1</sup> Sur le même sujet, nous avons publié le mois dernier 'www.preventionsuicide.info est né! Allez vite le découvrir' de Colette Barbier et 'Prévenir le suicide : coup d'œil sur quelques stratégies précédentes', de Pascale Dupuis.



partir de 35 ans et un pic à partir de 75 ans. Ces dernières années, les taux sont à la hausse dans plusieurs groupes, notamment les hommes de plus de 85 ans et les jeunes de 15 à 24 ans. En Belgique comme au Québec, le suicide représente la première cause de mortalité des hommes de 25 à 44 ans et, dans cette tranche d'âge, tue deux fois plus que les accidents de la route.

## Facteurs multiples

De récentes recherches ont tenté de comprendre ce phénomène : pourquoi les hommes se suicident-ils à ce point plus que les femmes ? En matière de suicide, aucune explication causale simple ne tient la route. On parle davantage de multifactorialité, d'une combinaison d'éléments qui prédisposent au suicide, y contribuent ou déclenchent le passage à l'acte, et d'un déficit en facteurs de protection. Ainsi, une série de facteurs sont pointés du doigt pour expliquer le nombre inquiétant de suicides masculins. Bien que tous les hommes suicidaires soient différents et poussés par des motivations variées, la recherche nous informe de certaines constantes dans les éléments qui incitent les hommes au suicide : le rôle masculin traditionnel, la difficulté à demander de l'aide, le manque de soutien social, les problèmes d'intégration sociale, le sentiment de solitude, les troubles de santé mentale, le choix du moyen, l'agressivité et enfin l'acceptabilité du suicide. Tous ces facteurs peuvent être reliés au champ socioculturel. En effet, ils doivent être vus comme collectifs plutôt qu'individuels, puisqu'ils sont liés au rôle qu'assigne la

société aux hommes et aux attentes sociales qui pèsent sur eux.

## Le rôle masculin traditionnel, facteur de risque suicidaire

Le nombre impressionnant de suicides masculins pourrait en effet s'expliquer par le rôle attendu de l'homme par les sociétés occidentales. Ce rôle masculin s'acquiert par la socialisation, c'est-à-dire par l'apprentissage de valeurs, attitudes et comportements valorisés par la société. Ainsi, pour se conformer à son rôle traditionnel et éviter la stigmatisation sociale, un homme fera preuve d'autonomie dans la résolution de ses problèmes, de réticence à exprimer ses émotions, de volonté de réussite et, le cas échéant, d'agressivité. Autant d'exigences qui peuvent entraver le développement de ses relations significatives, le priver du soutien social dont il pourrait avoir besoin en cas de difficulté, diminuer le recours à la demande d'aide et, par là, augmenter son risque de suicide.

## Un phénomène socioculturel

Les différents facteurs de risque suicidaire peuvent, d'une certaine manière, être rattachés au rôle masculin et aux dimensions collectives du phénomène du suicide. C'est assez évident en ce qui concerne la difficulté à demander de l'aide, le manque de soutien social, les problèmes d'intégration sociale et le sentiment de solitude : tous ces éléments peuvent être des conséquences de l'adoption d'un rôle masculin fort. On sait par exemple que les hommes qui tentent de se suicider sont plus souvent ceux qui entretiennent une relation moins soutenue et moins engagée avec leurs enfants. De plus, les troubles mentaux sont présents dans la majorité des cas de suicide. Bien qu'il s'agisse d'un facteur psychologique, donc individuel, le fait que la dépression masculine soit sous-diagnostiquée et sous-traitée apporte une dimension sociale au problème. La consommation et la dépendance à la drogue ou à l'alcool, identifiées comme facteurs de risque également, sont aussi plus fréquentes chez les hommes. Par ailleurs, le choix de moyens très



radicaux contribue aussi à expliquer le nombre de suicides d'hommes. Au Québec, la pendaison est le moyen utilisé par la majorité des hommes, suivie par les armes à feu. Les femmes ont quant à elles principalement recours à l'intoxication et à la pendaison. Ici encore, l'accessibilité, la familiarité et l'acceptabilité des méthodes létales relèvent d'un phénomène de société. Enfin, l'adhésion au rôle masculin traditionnel pourrait aussi conduire les hommes à envisager le suicide comme une option plus acceptable que pour les femmes, puisqu'il est une manière de mettre fin à sa souffrance par soi-même, en cohérence avec la valeur d'autonomie notamment.

## Masculin pluriel

Les tentatives de compréhension du phénomène ne doivent pas nous faire tomber dans le piège de la généralisation abusive. En cherchant à décrire les comportements typiquement masculins, particulièrement si on les oppose aux féminins, on risque de verser dans le stéréotype alors qu'il existe une diversité d'attitudes masculines comme de facteurs de risque et de protection personnels. Cependant, si de multiples masculinités existent, plus encore aujourd'hui qu'hier, c'est toujours en référence à la masculinité traditionnelle qu'elles se définissent. Les jeunes hommes déterminent leurs attitudes en fonction du rôle traditionnel, en s'y conformant ou en s'en éloignant. « Bien qu'il puisse sembler obsolète, le rôle masculin traditionnel demeure néanmoins

très présent au sein de la population masculine. Il influence la manière dont les hommes interprètent les événements qui surviennent dans leur vie tout comme le choix des stratégies d'adaptation qu'ils vont privilégier dans les moments difficiles. » indiquent la chercheuse **Janie Houle** et le psychologue **Marc-André Dufour** dans un récent article. Par ailleurs, le constat de la surreprésentation des hommes homosexuels dans les statistiques de suicide doit aussi inviter à envisager le risque de suicide masculin comme un phénomène multiple.

## L'homme évolue mais son modèle reste

Depuis une trentaine d'années, on assiste, au Québec comme dans d'autres sociétés occidentales, à une certaine évolution du rôle masculin. En parallèle des attitudes traditionnelles toujours valorisées se développent d'autres attentes : en couple, en famille, au travail, dans ses relations amicales, l'homme d'aujourd'hui doit être à la fois indépendant et attaché, stoïque et capable d'exprimer ses émotions, performant et collectif, rude et affectueux, individualiste et solidaire, pourvoyeur de la famille et père présent... La société permet un développement pluriel et, tout en le permettant, l'exige. L'homme doit s'adapter à de nouvelles exigences, multiples, moins univoques. Quelles sont et quelles seront les conséquences de ce changement ? Les hommes en perte de repères vont-ils perdre le sens de leur contribution à la société et celui de leur vie ? Ce bouleversement, lent mais réel, est-il en lui-même un facteur de dépression masculine ? Ou au contraire, une plus grande adhésion à des attitudes traditionnellement féminines et une prise de distance des valeurs masculines joueront-elles comme facteurs de protection ? Les recherches ne l'indiquent pas encore mais l'évolution des statistiques le laisse supposer. « *Se distancer du modèle hégémonique de masculinité semble représenter un facteur de protection important en matière de dépression et de détresse psychologique.* » argumentent **Gilles Tremblay** et ses collègues du Centre de recherche interdisciplinaire sur la

violence faite aux femmes et la violence familiale à Québec. Se distancer des modèles reconnus nécessite toutefois une dose importante de confiance en soi.

## Double exigence

Les hommes d'aujourd'hui doivent en effet faire face à des attentes sociales plus complexes que par le passé. La société valorise toujours les modèles masculins, les hommes qui connaissent le succès, les leaders forts et autonomes, qui ne doivent leur réussite qu'à eux-mêmes, qui ne parlent que très peu de leurs problèmes. Simultanément, elle attend du commun des mortels un comportement différent, des attitudes plus humaines et plus relationnelles, particulièrement lorsqu'une situation de vie difficile se présente.

**Nous disons à nos hommes « Soyez humains, parlez de vos difficultés, osez demander de l'aide » tout en valorisant socialement les modèles masculins qui adoptent les attitudes opposées. C'est guidés par ces deux contraintes que grandissent les garçons et que doivent s'affirmer les hommes de notre temps.**

## Pour une société sans suicide

Parce qu'il est le produit collectif de la socialisation des garçons, et parce qu'il est un phénomène disproportionné, le suicide des hommes nous concerne tous. Conscient de ce risque spécifique, le réseau de la prévention du suicide au Québec a mis et continue à mettre en œuvre des programmes d'intervention adressés aux hommes en particulier. Ceux-ci tiennent compte des caractéristiques et manifestations de la dépression masculine, du frein à la demande d'aide, des attentes spécifiques des hommes vis-à-vis de ces services.

En amont de l'intervention, des actions pourraient être envisagées pour encourager les hommes à augmenter leur soutien et leur intégration sociale. Par exemple, les politiques qui permettent de développer le lien père-enfant peuvent avoir un impact significatif sur l'attachement familial, qui joue un rôle protecteur. Les projets qui proposent aux hommes du soutien social en-dehors du couple, tels que des groupes pour hommes séparés, pourraient aussi contribuer à renforcer la prévention. Le milieu scolaire pourrait également jouer un rôle, en augmentant le développement d'habiletés d'adaptation chez les jeunes garçons. La chercheuse Janie Houle indique en conclusion de sa thèse de doctorat qu'« *en somme, il serait important de réfléchir collectivement au modèle masculin que l'on souhaite transmettre aux générations futures et de se demander comment nous pourrions mieux préparer nos jeunes garçons à traverser les moments difficiles.* » Les hommes eux-mêmes auraient aussi leur part à assumer, en déclarant leur pluralité, en participant à la valorisation de modèles multiples, en construisant ensemble de nouvelles façons d'être 'hommes'.

## Sources

- Houle, J., & Dufour, M.-A. (2010). Intervenir auprès des hommes suicidaires. *Psychologie Québec*, 27(1), 27-29.
- Chagnon, F., Vrakas, G., Bardon, C., Daigle, M., & Houle, J. (2008). Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes. Montréal : CRISE.
- Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V. & Bouchard, P. (2007). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. *Collection Études et Analyses*, 36, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Québec : CRI-VIFF.
- Houle, J. (2005). La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Centre de prévention du suicide (2008). Le suicide, un problème majeur de santé publique – introduction à la problématique du suicide. Bruxelles.

## Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé

Christian De Bock<sup>1</sup>

**En début d'année, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a invité au dialogue les différentes entités belges pour construire une politique 'Santé dans toutes les politiques' ('Health in All Policies', HiAP en abrégé) concernant les inégalités en matière de santé dans notre pays. L'objectif global de ce dialogue politique est d'aboutir rapidement à une proposition concrète en la matière.**

### Le contexte international et belge

Le concept de 'Santé dans toutes les politiques' (HiAP) est devenu indissociable ces derniers temps des recommandations de l'OMS et de l'Union européenne pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités existantes en matière de santé<sup>2</sup>. Une HiAP sous-entend littéralement la 'santé dans tous les domaines politiques', c'est-à-dire la conduite d'une collaboration intersectorielle en matière de santé impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir.

Dans de nombreux pays européens, y compris dans l'Union elle-même, la HiAP est un élément crucial de la politique de santé, qui met à l'avant-plan l'importance de la santé pour les autres secteurs et vice versa. Plusieurs pays d'Europe ont mis en place des mécanismes de fonctionnement destinés à assurer la collaboration entre les secteurs en matière de santé. Ces pays manifestent également un grand intérêt à poursuivre ce développement, notamment la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni et l'Espagne.

En Belgique aussi, on a déjà l'expérience de mécanismes de fonctionnement visant à favoriser la collaboration entre les différents secteurs. Songeons par exemple aux politiques en matière de pauvreté, de développement durable, de violence intrafamiliale. Dans le domaine des soins

de santé également, une politique intégrée est développée par le biais de la Conférence interministérielle Santé publique. Mais il n'existe encore aucun mécanisme de fonctionnement en matière de HiAP au niveau national.

### Une évidence utile à (ré)affirmer

La conduite d'une HiAP ne va pas de soi, étant donné que les autres secteurs ne considèrent pas la santé comme leur priorité. Et pourtant, il est de plus en plus évident que la plupart des gains en matière de santé sont à enregistrer en dehors du secteur des soins de santé ou de la santé en général!

Les autres secteurs doivent être informés des avantages qu'ils peuvent retirer lorsque le citoyen est en bonne santé.

Une bonne information est capitale pour les convaincre de ce que l'investissement dans la santé peut également comporter des avantages pour eux.

La santé de la population a d'ailleurs une incidence sur d'autres secteurs. Les écoles (augmentation des chances de bons résultats scolaires), le marché du travail (moins d'absentéisme, plus de productivité), la sécurité sociale (moins de dépenses de santé, moins d'absentéisme, capacité des personnes en bonne santé de travailler plus longtemps, ce qui a aussi des implications pour les pensions), par exemple, ont tout intérêt à ce que la population soit en bonne santé. Par

ailleurs, il importe que le secteur de la santé tienne compte de la logique des autres secteurs et la soutienne.

Une HiAP est également essentielle pour la prise en charge des inégalités sociales de santé. Ces inégalités peuvent se définir comme des différences systématiques et évitables entre groupes sociaux dans la prévalence ou l'incidence de problèmes de santé (Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, 2008<sup>3</sup>). De même que dans les autres États membres de l'Union européenne, des inégalités existent en Belgique en matière de santé et elles se développent selon un gradient social. Les résultats des enquêtes de santé successives indiquent régulièrement que les inégalités en matière de santé dans notre pays ne diminuent pas<sup>4,5</sup>.

Ces inégalités en matière de santé sont inacceptables parce qu'elles peuvent être évitées. Ce problème, qui concerne une partie importante de la population, est provoqué par une inégalité dans la répartition des richesses, mais aussi des opportunités, des connaissances et du pouvoir dans notre société. Pour parvenir à réduire les inégalités sociales de santé, une politique/une approche HiAP transversale aux différents niveaux de pouvoir est nécessaire.

Il ne suffira pas d'une politique en matière de pauvreté ni d'augmenter l'accessibilité

<sup>1</sup> Article basé en partie sur la documentation fournie aux participants aux deux demi-journées de préparation du dialogue politique.

<sup>2</sup> C'est ce qui ressort de la stratégie *Health for All* de l'OMS, de la future *Health 2020 Strategy* de la Région OMS Europe, de la Déclaration de Rio de l'OMS sur les inégalités en matière de santé, du Traité de Rome en ce qui concerne la HiAP, de la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé et de la stratégie en matière de santé de la Communauté européenne.

<sup>3</sup> Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève, Suisse, OMS.

<sup>4</sup> Enquête nationale de santé par interview, ISP, Belgique, 2008.

<sup>5</sup> H. Van Oyen, P. Deboosere, Lorant, V., Charafeddine, R. (Éds.) (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België (Inégalités sociales en matière de santé en Belgique)*. Gand, Academia Press.

des soins de santé pour réduire les inégalités existantes dans le domaine de la santé.

## La mobilisation est nécessaire

Dans chaque domaine de l'action publique, il faut être attentif à des mesures politiques fondées sur un **universalisme proportionné**. On entend par là des mesures et/ou initiatives destinées à tous, mais mises en œuvre en fonction du niveau de précarité. Il faut investir plus souvent et avec plus de moyens en tenant compte du gradient qui divise la société. Une politique simplement universelle n'a pas le même impact auprès de tous dans la société. C'est pourquoi des mesures universelles doivent idéalement s'accompagner d'une mise en œuvre complémentaire ou sélective qui varie en fonction des besoins. Ces mesures sélectives doivent être proportionnées au niveau d'inégalité. Les mesures ne doivent donc pas seulement cibler les plus défavorisés car, alors, seule une partie de l'inégalité est combattue. Une politique de ce genre ne s'attaquera pas aux inégalités en matière de santé qui existent auprès d'autres groupes socio-économiques. Le problème se déplace vers un nouveau sous-groupe.

**« Les mesures ayant le plus fort impact sur la santé publique ne seront plus prises dans mon département à l'avenir. » (Dirk Cuypers, Président du Comité de direction du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)**

## Des outils pour discuter

Une communication bien structurée, des mesures d'impact sur la santé, des enquêtes de santé, de même que des fiches d'information spécifiques par secteur, expliquant de quelle manière les autres secteurs peuvent contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, sont des outils importants pour développer une compréhension commune de la problématique des inégalités en

## Qu'est-ce qui détermine la santé ?

### Facteurs d'agression

- agresseurs physiques (exemples : violence, températures excessives, humidité, accidents...);
- agresseurs chimiques (exemples : polluants, composants alimentaires...);
- agresseurs biologiques (exemples : bactéries, virus...);
- agresseurs psychologiques (stress...).

**Facteurs de protection :** immunité, vaccinations, détente, estime de soi, alimentation équilibrée, logement adéquat, aménagement du territoire

sécurisant, vêtements adaptés, code de la route, réglementations sur les produits chimiques, épuration des eaux...

### Facteurs de production de santé :

exercice physique, relations humaines de qualité, contact avec la nature, support social, sentiment d'utilité sociale, aménagement convivial de l'espace public...

**Facteurs de réparation :** soins informels, soins curatifs, soins préventifs.

*D'après la présentation de Myriam De Spiegelare*

matière de santé afin que tout le monde s'accorde sur ce qu'implique précisément cette problématique dans la pratique. Il le faut pour entamer de façon structurée le dialogue du secteur de la santé avec les autres secteurs.

Le SPF Santé publique et les trois régions du pays participent à l'action conjointe 'Equity Action'. Il s'agit d'une initiative conjointe des États membres de l'Union européenne pour transposer dans la réalité la communication de la Commission européenne sur les inégalités en matière de santé ainsi que les conclusions du Conseil. Cette action conjointe a débuté en 2011 et se déroulera jusqu'en 2014.

L'objectif final de cette action conjointe est que les États membres mènent une HiAP relative à la problématique des inégalités sociales de santé, où la réalisation de mesures d'impact sur la santé et l'implication des parties prenantes sont des éléments essentiels. Au niveau européen, il a été choisi d'organiser l'implication de ces dernières autour du thème 'Equity from the start' (L'équité dès le départ), soit, en d'autres termes, de s'attaquer à la problématique des inégalités en matière de santé en offrant à chaque citoyen, dès la naissance, des chances égales d'une vie en bonne santé. On mesurera sans peine le caractère particulièrement ambitieux de cet objectif... Le SPF Santé publique a estimé que ce thème offre une excellente opportunité pour développer une approche nationale HiAP dans le domaine des inégalités

en matière de santé. Pour amorcer un dialogue politique sur cette question, une Commission nationale d'accompagnement a été mise en place.

## Un dialogue en deux temps

Le 11 janvier 2013, une première rencontre à laquelle une bonne soixantaine de personnes étaient présentes avait pour objectif de mettre en place des balises et un référentiel commun pour garantir un dialogue fructueux.

En introduisant les travaux, **Dirk Cuypers**, Président du Comité de direction du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement eut cette formule spectaculaire, qu'on n'aurait sans doute pas entendue de la bouche d'un haut fonctionnaire 'santé' voici quelques années : « *Les mesures ayant le plus fort impact sur la santé publique ne seront plus prises dans mon département à l'avenir.* » 'Enfin !', serions-nous tenté d'écrire...

Il illustra ce nouveau paradigme avec la Norvège, qui a un plan d'action en développement impliquant neuf ministères en plus de celui de la santé. Ensuite, **Myriam De Spiegalaere** (ULB) présenta avec sa clarté habituelle les principaux **déterminants des inégalités sociales de santé** (voir encadré ci-dessus), tout en stigmatisant le cercle vicieux de la précarité qui renforce les inégalités qui renforcent à leur tour la précarité. Elle souligna aussi la dualisation en œuvre à Bruxelles, lisible de manière

très spectaculaire sur des cartes liant le niveau socio-économique des quartiers et, par exemple, l'accessibilité des milieux d'accueil, la tranquillité de l'environnement, le nombre de pièces par logement. Démonstration accablante...

Ne se limitant pas à répéter ses constats, elle estime que le moment d'agir enfin de manière concertée est venu, la crise à la fois économique et institutionnelle que connaît la Belgique offrant une chance de 'reconstruction' propice au travail commun entre secteurs et à l'intérieur des secteurs. Les autres intervenants illustrèrent avec à propos les mérites de l'**intersectorialité**, que ce soit en termes de développement durable avec **Sophie Sokolowski**, Présidente du Service Public fédéral de Programmation Développement durable ou d'actions diverses en faveur de la petite enfance avec **Rudy De Cock** de Kind & Gezin.

Pour terminer, **Stefaan Demarest** (Institut scientifique de santé publique) présenta un outil du dialogue, l'**évaluation d'impact sur la santé** (Health Impact Assessment) <sup>6</sup>.

À la fin de cette première partie, chaque département était invité à remplir un questionnaire permettant d'identifier la contribution des différents domaines politiques impliqués sur la problématique des inégalités sociales de santé et de préparer la suite du processus.

Le 26 février, les bases de la collaboration avec les divers niveaux de pouvoir et administrations concernées étaient à l'ordre du jour. Deux tiers des participants à la première journée avaient répondu au questionnaire, dont une majorité de personnes issues d'un autre secteur que la santé. Une indication positive de ce que la stratégie intersectorielle indispensable pour s'attaquer sérieusement aux

inégalités sociales de santé est jouable...

Le dialogue, animé par **Caroline Costongs**, d'Eurohealthnet <sup>7</sup>, a démarré sur base de 8 propositions sur lesquelles les participants à la deuxième rencontre devaient voter, une bonne façon de susciter échanges et commentaires sur une matière parfois abstraite ! Le caractère un peu symbolique de cet exercice démocratique ne nous a pas échappé, le taux d'adhésion massif aux propositions en témoigne (voir encadré ci-dessous). Cela dit, cela induit une dynamique assez positive dans un groupe au départ hétérogène, ce qui est de bon augure. Le dialogue s'instaurera dans le cadre de la Commission interdépartementale de développement durable (CIDD). Il visera un objectif très ambitieux de réduction de 50 % des inégalités sociales de santé, mais à (très) long terme, d'ici 2050... <sup>8</sup>

**Christiaan Decoster**, Directeur général au

<sup>6</sup> Notons à ce propos l'initiative du sénateur **André du Bus**, qui a déposé au cours de la session 2011-2012 une proposition de résolution relative à la prise en compte de la dimension santé dans toutes les politiques publiques sectorielles (document 5-1287/1 sur le site du Sénat). Cette proposition a été prise en considération, mais n'a pas encore abouti à ce jour.

<sup>7</sup> EuroHealthNet est un organisme sans but lucratif pour promouvoir la santé et l'équité en s'attaquant aux facteurs qui déterminent la santé, directement ou indirectement. Il offre des conseils et des informations aux décideurs politiques, et œuvre à la promotion de bonnes pratiques et d'innovations au moyen de méthodes éthiques et durables. Le bureau de liaison d'Eurohealthnet est situé à Bruxelles, rue de la Loi 67. Internet: [www.eurohealthnet.eu](http://www.eurohealthnet.eu).

<sup>8</sup> Voir le document 'Vision stratégique à long terme de développement durable', [https://5003.fedimbo.belgium.be/sites/5003.fedimbo.belgium.be/files/explorer/publications/CIDD\\_visionfederalealongtermeenmatierededevveloppementdurable.pdf](https://5003.fedimbo.belgium.be/sites/5003.fedimbo.belgium.be/files/explorer/publications/CIDD_visionfederalealongtermeenmatierededevveloppementdurable.pdf)

## Les 8 affirmations

- Il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie 'Health in All Politics' concernant les inégalités sociales de santé (97,5 % d'accord).
- Création d'un groupe de travail 'inégalités en matière de santé' dans le cadre de la CIDD (92,5 % d'accord).
- Le mandat du groupe de travail comprendra notamment la rédaction d'un plan opérationnel 'inégalités en matière de santé', sa mise en œuvre, son suivi ainsi que son évaluation (85 % d'accord).
- Le groupe de travail doit faire usage du rapport de l'OMS 'Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region' (document de référence de 44 pages paru en 2012 téléchargeable en anglais à l'adresse [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/171337/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/171337/) RC62BD05-Executive-summary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf) pour la rédaction du plan opérationnel afin d'en transposer les recommandations dans le contexte belge (97,4 % d'accord).
- D'après l'OMS le secteur de la santé doit être un leader et l'engagement politique est essentiel. D'où l'importance que la conférence interministérielle (CIM) santé publique puisse confier des missions au groupe de travail et que des rapports soient régulièrement présentés à la CIM pour l'informer de l'avancement des activités (95 % d'accord).
- La création de synergies entre le futur groupe de travail et les autres groupes de travail intersectoriels (lutte contre la pauvreté, cohésion sociale, développement durable) est importante pour aboutir à une politique cohérente dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (92,5 % d'accord).
- Pour éviter les redondances, il convient que les différents niveaux de pouvoir réfléchissent à la manière dont le 'health impact assessment' (HIA) peut être intégré dans les évaluations d'impact existantes (92,5 % d'accord).
- Pour améliorer la 'capacity building', la 'sensibilisation', le 'stakeholder involvement', la désignation de personnes de contact en matières d'inégalités sociales de santé est souhaitable dans les différentes administrations et aux différents niveaux de pouvoir. Leurs missions dans le cadre de la CIDD seront complémentaires à celles du groupe de travail (83,8 % d'accord).

SPF Santé publique, a souligné aussi que la Commission interministérielle Santé publique pourra s'avérer un levier efficace pour que les acquis du dialogue ne restent pas lettre morte.

### À suivre...

Ce dialogue politique pourrait être une première étape dans le développement d'instruments et d'un cadre commun

d'action dans le domaine d'une politique HiAP transversale sur les différents niveaux de pouvoir et les différents départements concernant les inégalités en matière de santé en Belgique. C'est en tout cas ce qu'il faut espérer, en constatant avec intérêt que contrairement à ce qui s'est produit pour le *Plan national nutrition santé*<sup>9</sup>, le SPF Santé publique a joué dès le début la carte de la modestie et de la co-construction

du processus au sein d'une Commission nationale d'accompagnement 'Equity Action' où se retrouvent des représentants des différentes entités du pays.

*Dialogue politique : vers l'équité en santé dans toutes les politiques en offrant dès le départ à chaque citoyen les mêmes chances d'une vie en bonne santé. Contact : michel.lambrechts@gezondheid.belgie.be*

<sup>9</sup> Voir l'article de Gaëtan Absil et Chantal Vandoorne, Évaluation du premier Plan national nutrition santé belge: peut mieux faire, Éducation Santé 283, novembre 2012, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1529>

## Outils

# Mon corps et moi : le connaître, le respecter, agir

**Mallette pédagogique contenant plusieurs outils pratiques et complémentaires permettant au jeune enfant d'explorer le corps, de découvrir et tester ses capacités motrices, de comprendre qu'il doit prendre soin de son corps.**

### Description

#### Matériel

- Zoom : poupon articulé de 32 cm
- L'imagerie des expressions (24 pages)
- 33 cartes expression/visages (format A5)
- 20 images séquentielles « prendre soin de son corps »
- 36 cartes 7 x 7 (toilette, repas, coucher, famille) en lien avec les posters
- 4 frises 30 x 80 (évolution de l'être humain)
- 12 posters 60 x 44 (le corps, l'hygiène, les cycles de vie...)
- 1 CD audio (comptines et activités de motricité)
- 1 fichier ressources de 144 pages

#### Concept

La mallette pédagogique 'Mon corps et moi' a pour objectif de fournir aux enseignants des cycles 1 et 2 une démarche de travail et une palette d'outils pratiques et complémentaires lui permettant de mettre en place un enseignement adapté pour amener le jeune enfant à mieux connaître son corps et celui des autres au travers d'activités motrices et scientifiques.

#### Objectifs

- Découvrir son corps et mieux le connaître
- Proposer des activités scientifiques et motrices de découverte du monde
- S'approprier le langage

#### Conseils d'utilisation

L'enseignant pourra, grâce à la diversité des supports et l'aide proposée dans le guide de l'enseignant, amener facilement les élèves à avoir envie d'aller au-delà de la simple curiosité enfantine, pour entreprendre une véritable démarche vers une découverte active de leur corps, de ses capacités physiques et du cycle de vie des humains.

La mallette propose une exploitation des différents supports selon une **démarche de travail en quatre étapes** complémentaires les unes des autres. Chacune est décomposée en plusieurs séquences (scientifiques ou d'activités motrices), elles-mêmes déclinées en séances indépendantes les unes des autres, mais complémentaires et progressives :

1. Connaître son visage et ses fonctions, découvrir les capacités motrices et

expressives de sa tête,

2. Explorer et tester les capacités motrices et expressives de son corps,
3. Découvrir son corps et les soins à lui apporter pour bien l'entretenir,
4. Comprendre le cycle de la vie humaine, de la naissance à la mort

#### Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Éditions Sed, 2 rue Chappe, 78130 Les Mureaux, France  
Tél. : +33 (0)1 34 92 78 78. Courriel : [communication@editions-sed.fr](mailto:communication@editions-sed.fr)  
Internet : <http://www.editions-sed.fr>  
Au Centre local de promotion de la santé de Namur.

#### L'avis de PIPSa ([www.pipsa.be](http://www.pipsa.be))

La Cellule d'experts de PIPSa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.

#### Appréciation globale

Cet outil, très riche, offre beaucoup de possibilités et peut être utilisé sur une année scolaire.

Notons l'exhaustivité du dossier, la diversité des supports d'animation,



la qualité du contenu. Les activités proposées sont concrètes et ludiques, et permettent d'atteindre les objectifs pédagogiques annoncés. Les procédés pédagogiques mis en œuvre permettent une progression dans l'apprentissage, ainsi qu'un renforcement. Une évaluation des connaissances est prévue à la fin de chaque séquence.

Ce type de démarche s'intègre facilement dans le programme scolaire (développement corporel harmonieux). Elle est bien adaptée à la tranche d'âge, et pourrait même être exploitée un peu plus tard.

Le lien entre le contenu de l'outil et la psychomotricité est bien explicité et clarifié. On présente l'humain comme un tout (et non avec le cerveau d'un côté et le corps de l'autre). Les consignes proposent régulièrement de laisser les élèves s'exprimer librement, ce qui permet de parler de leurs représentations. L'outil propose des activités de prolongement pour chaque séquence, qui permettent un renforcement des compétences. On regrette qu'elles restent



très tournées vers le groupe-classe. On regrette aussi que le lien avec les parents ne soit pas travaillé.

Un manque à noter : la notion de différence (dans les corps, dans les habitudes familiales...) est relevée, mais pas réellement exploitée ni mise en valeur. La question est évoquée, mais elle n'est pas approfondie.

### Objectifs

- Découvrir son corps et mieux le connaître
- Découvrir le corps et son fonctionnement par des activités de différents types et grâce à différents procédés pédagogiques

- S'approprier le langage, enrichir le champ lexical à propos du corps
- Aborder quelques notions pour prendre soin de son corps.

### Public cible

Outil adapté pour les enseignants du maternel et cycle 5-8 ans (éventuellement au-delà, moyennant quelques adaptations).

### Réserves

Les affiches ne présentent que le corps d'un petit garçon, et la poupée est un garçon. Il manque une présentation du corps des filles. La cellule d'évaluateurs PIPSA estime qu'il s'agit d'une lacune pédagogique et éducative.

### Utilisation conseillée

Nécessite un long temps d'appropriation, mais l'utilisation possible sur le long terme en vaut la peine.

Prévoir une planche représentant le schéma du corps avec une fille (et éventuellement un poupon fille).

## Vu pour vous

# 0-5-30, trois chiffres à retenir pour votre santé

Luc Berghmans, Directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut

**Tous les sondages le confirment, la santé représente une valeur prioritaire pour nos concitoyens. Ces dernières années, les messages se référant à la santé se multiplient dans la sphère quotidienne. Très souvent il s'agit de communication à visée publicitaire dont la motivation première n'est pas la promotion de la santé, mais l'augmentation de parts de marché. Le foisonnement des messages et l'hétérogénéité de leur valeur scientifique créent un bruit de fond d'informations de qualité variable. Cela n'aide pas nécessairement les gens à faire la part des choses.**

Dans ce contexte, la communication d'intérêt général portée par les pouvoirs publics, c'est-à-dire sans défendre d'intérêt partisan et en s'appuyant sur des connaissances validées, a pour mandat d'éclairer les choix, les priorités et les enjeux.

Tel est l'objet de la campagne '0-5-30'. Son argumentaire repose d'une part sur le constat de la prédominance des

maladies chroniques non transmissibles dans notre société et d'autre part sur la démonstration de l'efficacité d'actions préventives et de promotion de la santé. Détaillons.

Maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires et diabète représentent 67 % des causes de décès en Wallonie, soit quelque 24 600 décès annuels.

D'après l'OMS, les pathologies non-transmissibles au sens large représentent 77 % de la charge de morbidité en Europe. Par charge de morbidité, on entend le poids des années de vie perdues prématurément (avant 70 ans) et des années vécues avec les maladies et les handicaps qu'elles occasionnent. Elles sont aussi responsables de près d'un tiers des hospitalisations. Enfin, et c'est un argument majeur pour

motiver l'intervention, ces pathologies et les facteurs de risque associés sont plus fréquents dans les groupes de populations défavorisées sur le plan des revenus, des formations ou de l'emploi. Ces problèmes de santé constituent une manifestation importante des inégalités sociales de santé qui persistent en Wallonie.

L'OMS et la plupart des organisations internationales de santé publique et médicales s'accordent pour lier ces problèmes de santé à quatre facteurs de risque principaux sur lesquels il est possible d'intervenir : le tabagisme, le déséquilibre alimentaire, la sédentarité et une consommation abusive d'alcool. Ce constat validé par des centaines d'études et recommandations scientifiques sous-tend la stratégie de communication de la campagne. En agissant prioritairement sur les 3 premiers facteurs de risque communs, on peut espérer réduire de 50 % la charge des maladies chroniques.

Les règles de la communication médiatique incitent à faire passer les messages dans un format ramassé. D'où le message d'accroche '0-5-30 combinaison santé' emprunté avec leur aimable autorisation et nos vifs remerciements aux autorités de santé publique du Québec<sup>1</sup>.

■ 0 comme 0 fumée de tabac dans l'air que nous respirons ;

■ 5 comme 5 portions de fruits et légumes par jour, un élément-clé d'une alimentation équilibrée ;  
■ 30 comme 30 minutes d'activité physique par jour.

L'usage abusif d'alcool n'est pas directement abordé dans cette campagne, mais l'est indirectement via le concept d'alimentation équilibrée.

Un slogan n'est pas suffisant pour délivrer aux citoyens des connaissances utiles et les connaissances ne suffisent pas à améliorer les modes de vie. Pour être efficace, la communication doit s'inscrire dans une stratégie de santé publique multisectorielle jouant sur la durée. La brochure '0-5-30 combinaison santé' permet aux citoyens d'en savoir plus pour aller plus loin dans leur volonté de changement. Son texte se veut accessible à un maximum de lecteurs, les conseils sont pratiques et le ton n'est ni moralisateur ni culpabilisant. L'enjeu est d'ouvrir des portes sur des changements possibles et non de formater la pensée et les comportements. Ce document contient les coordonnées et l'offre de service de nombreuses organisations à travers les provinces wallonnes. Il est largement diffusé en mobilisant des relais locaux (communes, hôpitaux, mutuelles, pharmacies, médecins généralistes...).

Mais si la transmission de connaissances et la prise de conscience sont des prémices aux changements, c'est le travail structurel sur les cadres et conditions de vie qui permettra d'améliorer la situation. À cet égard, la campagne devra sensibiliser les décideurs locaux de la nécessité de mettre en œuvre des actions sur les conditions de vie pour faciliter des habitudes de vie favorables à la santé. Les leviers de l'action publique collective sont nombreux (qualité de la restauration dans les collectivités, travail dans les écoles, mobilité douce, espaces verts, accessibilité d'activités 'sport pour tous' etc.). Notons que sur de nombreux points, ces interventions rejoignent les agendas de développement durable et de cohésion sociale.

*Campagne des cinq provinces wallonnes en collaboration avec le SCPS Question Santé asbl et avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles.*

*Les spots radio et TV de 30 secondes sont diffusés en 4 vagues jusqu'en septembre 2013 par les chaînes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.*

*La brochure '0-5-30 combinaison santé' est disponible gratuitement au 0800 20000.*

<sup>1</sup> Le slogan des spots, quelque peu différent, dit quant à lui '0-5-30, trois chiffres à retenir pour votre santé!'

## Matériel

# La santé, c'est aussi... bien des choses !

Simon Trappeniers

**La santé est influencée – positivement ou négativement – par un ensemble de facteurs : l'emploi, le logement, l'enseignement, les loisirs, les modes de vie, l'environnement... Toutes ces dimensions de la vie quotidienne sont appelées déterminants de la santé. C'est une approche de la santé dans sa globalité très pertinente que permet d'appréhender l'outil élaboré par Cultures&Santé, 'La santé c'est aussi...'**

Plus qu'un outil, c'est plutôt une boîte à outils qui est proposée ici. Le kit se compose d'une série de supports : une

affiche, un guide d'accompagnement, un panneau souple d'animation et un recueil de témoignages 'Qu'est-ce que la santé,

paroles d'habitants'. Ce dernier a été réalisé sur base de rencontres et d'échanges entre professionnels de Cultures&Santé,



mais aussi avec des habitants du quartier de Senne, à Bruxelles, afin de récolter les paroles autour de 'la santé' et les perceptions qu'ils peuvent en avoir, leurs priorités, leurs préoccupations et leurs points de vue.

Si 'La santé c'est aussi...' s'adresse avant tout à des intervenants de la santé et du social, son exploitation peut également être envisagée par d'autres professionnels. L'outil permet d'introduire la 'santé' au sein d'une équipe, d'un groupe, sur une commune, dans une approche qui prend en compte ce qui influence la santé de chacun, dans son quotidien.

C'est en effet son approche multisectorielle, globale et positive qui

constitue la richesse de l'outil. Il illustre la santé dans ses multiples composantes, individuelles, collectives et aborde des aspects a priori hors du champ de la santé. Les liens concrets de chacun des déterminants avec la santé sont bien identifiés. En ce sens, il permet cette intersectorialité : chaque professionnel, de quelque domaine qu'il vienne, pourra y trouver le lien entre son propre champ d'activités et la santé.

Concrètement, 'La santé, c'est aussi...' propose de déconstruire dans un premier temps les propres représentations des travailleurs de la santé, avant de les travailler en collaboration avec les publics concernés. L'avantage principal de ce type de démarche est de pouvoir construire une formule d'animation adaptée aux besoins de ces publics. L'autre point fort de l'outil, ce sont les supports présentés et les processus d'animation, qui sont assez faciles à appréhender et permettent l'ouverture d'un espace de discussion. À noter que 'La santé c'est aussi...' est un des 'coups de cœur' récent de PIPSa, au même titre que le programme '11 bouge' de la Mutualité chrétienne, qu'Éducation Santé vous a présenté en janvier 2013<sup>1</sup>.



L'ensemble des supports de 'La santé c'est aussi...' est téléchargeable gratuitement sur le site de Cultures&Santé et disponible en prêt à son centre de documentation.

Pour plus d'informations, contactez Rabia Benamar au 02 558 88 18, tous les jours entre 9 h et 13 h sauf le jeudi.

La présentation de l'outil sur le site de Cultures&Santé : <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/promotion-de-la-sante/la-sante-c-est-aussi.html>

La fiche descriptive de l'outil sur le site de PIPSa : <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613894/la-sante-c-est-aussi.html>

<sup>1</sup> Voir '11 bouge avec la Mutualité chrétienne', Maryse Van Audenhaege et Carole Feulien, Éducation Santé n° 285, janvier 2013, pages 7 et 8, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1543>

## Paroles d'habitants

Pour la plupart des personnes interrogées, la santé est primordiale car elle est perçue comme un préalable au bien-être. Elle est désignée comme un déterminant de la vie sociale et active.

La dualité santé/maladie est fortement présente dans les discours. Elle est notamment exprimée au travers du vécu des personnes et de la douleur ressentie. Quand on aborde la santé, certains habitants décrivent spontanément leur état de 'mauvaise' santé actuel. On constate que la santé est encore souvent appréhendée dans sa perspective biomédicale, avec des allusions fréquentes au corps, à l'aspect physique. L'aspect psychique de la santé est

moins évoqué, alors qu'il fait partie intégrante de la santé telle que définie par l'OMS. L'approche médicale de la santé semble dominer dans les esprits et plus particulièrement encore à travers sa dimension curative, contrairement à la dimension préventive qui n'est que très peu exprimée. Par ailleurs, cette dimension préventive est surtout révélée au travers de la vaccination, perspective médicale également. Santé et soins de santé semblent donc être indissociables. Spontanément, les liens entre déterminants de santé et santé ne sont que peu évoqués. Les modes de vie (surtout l'alimentation et le sommeil) sont quelquefois mentionnés, de même que le

lien social et l'environnement, mais dans une moindre mesure. Ces déterminants apparaissent surtout lorsque les individus interviewés envisagent la santé comme un capital à préserver tout au long de l'existence.

En outre, dans les propos recueillis, aucun lien n'est fait entre la santé et des déterminants tels que les loisirs, le logement, l'emploi ou encore l'enseignement. Enfin, de nombreuses allusions aux inégalités sociales d'accès aux soins de santé sont faites et semblent refléter une préoccupation partagée.

*Extrait du recueil de témoignages*



## Sommaire

### Initiatives

- 2 Un peu d'animation, cela fait du bien !  
Alain Douiller à Bruxelles le 29 octobre 2013,  
par *Bernadette Taeymans* et *Christian De Bock*
- 3 Développer l'esprit critique des jeunes vis-à-vis de  
l'influence des publicités sur leur santé : pourquoi et  
comment ? par *Marie-Ève Huteau*, *Isabelle Deumié*,  
*Cathy Nguyen*, *Hélène Sancho-Garnier*,  
*Jean-Christophe Azorin*, *Anne Stoebner-Delbarre*,  
*Nathalie Blanc*, *Julien Bouy* et *Julien Vidal*
- 6 L'implication des parties prenantes, par le Centre  
fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

### Réflexions

- 10 Du masculin singulier au masculin pluriel :  
le suicide des hommes au Québec,  
par *Bruno Marchand* et *Pascale Dupuis*

### Stratégies

- 13 Un dialogue politique sur les inégalités sociales  
de santé, par *Christian De Bock*

### Outils

- 16 Mon corps et moi : le connaître, le respecter, agir

### Vu pour vous

- 17 0-5-30 : trois chiffres à retenir pour votre santé,  
par *Luc Berghmans*

### Matériel

- 18 La santé, c'est aussi... bien des choses !,  
par *Simon Trappeniers*

**Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).**

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

**Réalisation et diffusion :** Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Ont collaboré à ce numéro :** Jean-Christophe Azorin, Luc Berghmans, Nathalie Blanc, Julien Bouy, Isabelle Deumié, Pascale Dupuis, Marie-Ève Huteau, le KCE, Bruno Marchand, Cathy Nguyen, Hélène Sancho-Garnier, Anne Stoebner-Delbarre, Bernadette Taeymans, Simon Trappeniers et Julien Vidal

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction :** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Relectures :** Danielle Beeldens, Carole Feulien.

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design et développement), Carole Feulien (animation).

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

**Contact abonnés :** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel :** Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

**Éditeur responsable :** Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 2 100 exemplaires.

**Diffusion :** 2 000 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse :** [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

[www.promosante.net](http://www.promosante.net).

# Education Santé



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-  
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

